Bijlage Plan van aanpak fraude in de zorg

1. Inleiding

Deze bijlage bevat een integraal overzicht van de maatregelen die wij reeds hebben getroffen gericht op de aanpak van oneigenlijk gebruik en fraude in de zorg. Daarbij komt ook een aantal maatregelen aan de orde die hier indirect aan bijdragen. Deze bijlage bevat ook de belangrijkste nieuwe maatregelen die wij treffen om de risico's op oneigenlijk gebruik en fraude in het zorgstelsel tegen te gaan. Aldus komen wij tegemoet aan de aangenomen motie van de leden van Dijk en Bruins Slot (Kamerstuk 28 828, nr. 40).

Deze bijlage is als volgt opgebouwd:

- Wat is fraude, rollen en verantwoordelijkheden bij het voorkomen en bestrijden van oneigenlijk gebruik en fraude (hoofdstuk 2);
- Zorgbrede initiatieven (hoofdstuk 3);
- Maatregelen in de langdurige zorg en in de curatieve zorg (hoofdstuk 4);
- Overig (hoofdstuk 5).

2. Wat is fraude, rollen en verantwoordelijkheden voorkomen bij het voorkomen van en bestrijden van oneigenlijk gebruik en fraude

Het zorgveld bestaat uit vele partijen, met vele samenwerkingsrelaties, ketenfuncties en formele en informele afspraken over hoe zij vanuit hun eigen verantwoordelijkheid hun rol invullen. Een eenduidig, en breed gedragen beeld over wie welke rol en verantwoordelijkheid heeft in de bestrijding van fraude is belangrijk. In deze paragraaf wordt aangegeven welke definities wij hanteren en hoe wij de rolverdeling in de aanpak van fraude in de zorg zien. Dat neemt niet weg dat de praktijk vaak weerbarstig is.

2.1 Definities: wat verstaan onder oneigenlijk gebruik, foutief declareren en(declaratie)fraude

Fraude heeft vele betekenissen in de discussie over situaties waarin de middelen die bedoeld zijn voor de zorg niet op de juiste plaats terecht komen. We hechten er aan de definities te geven die wij zelf hanteren bij de aanpak van fraude.

Oneigenlijk gebruik

Oneigenlijk gebruik betreft het handelen binnen wet- en regelgeving maar niet in lijn met de doelstelling van wet- en regelgeving (handelen naar de letter van de wet, maar niet naar de geest van de wet).

Foutieve declaraties

Bij een foutieve declaratie wordt er gehandeld in strijd met de regelgeving. Bij foutief declareren is sprake van onrechtmatige feiten, die ten laste komen van voor de zorg bestemde middelen. Hierbij moet voldaan zijn aan de volgende elementen:

- (financieel) verkregen voordeel;
- overtreden van declaratieregels.

Fraude

Als definitie voor fraude sluiten we aan bij de definitie van de regiegroep 'verbetering van zorgfraudebestrijding' (VWS, 2012):

"Van fraude in de zorg wordt gesproken, indien sprake is van opzettelijk gepleegde onrechtmatige feiten, die ten laste komen van voor de zorg bestemde middelen. Bij fraude moet voldaan zijn aan de volgende elementen:

- (financieel) verkregen voordeel;
- overtreden van declaratieregels;
- opzettelijk en misleidend handelen."

2.2 Wie is waarvoor verantwoordelijk bij de aanpak van fraude in de zorg?

Bij de aanpak van fraude in de zorg hebben veel verschillende partijen een eigen rol en verantwoordelijkheid. Een aantal acties is er dan ook op gericht te bevorderen dat partijen hun verantwoordelijkheid versterken om fraude en oneigenlijk gebruik steviger aan te pakken. Als iedere partij zijn verantwoordelijkheid ten volle neemt en de instrumenten die nu al beschikbaar zijn inzet om fraude en oneigenlijk gebruik tegen te gaan, is de strijd al een eind gewonnen. Niet naar elkaar kijken maar zelf oppakken wat binnen de eigen verantwoordelijkheid valt. Het is goed om te zien dat de betrokken partijen steeds meer met de neuzen dezelfde kant op staan in hun houding ten aanzien van de ontoelaatbaarheid van fraude en de noodzaak zelf het maximale te doen om fraude te voorkomen. De negatieve berichtgeving in de media maakt dat in de beeldvorming over de zorg de goeden onder de slechten lijden. Dat is voor partijen een extra impuls om te laten zien wat ze zelf doen aan de aanpak van oneigenlijk gebruik en fraude en wat ze nog zullen doen om deze aanpak steviger vorm te geven.

CVZ
Het CVZ adviseert VWS over het verzekerde pakket voor curatieve en langdurige zorg en werkt samen met partijen om regelgeving te verduidelijken zodat zorgaanbieders en verzekeraars het leveren van zorg en het vergoeden van correcte declaraties optimaal kunnen uitvoeren, opdat de kans op fraude, oneigenlijk gebruik of onterechte declaraties zo klein mogelijk wordt.

NZA
De NZa is verantwoordelijk voor regelgeving, toezicht en handhaving gericht op het correct declararen en het juist vergoeden van declaraties door zorgverzekeraars. De NZa kan nader onderzoek verrichten als er signalen zijn van onrechtmatigheid of vermoedens van fraude. Als ernstige onrechtmatigheden worden geconstateerd kan de NZa sancties, waaronder een bestuurlijke boete, opleggen. Als sprake is van strafbare feiten komt uiteindelijk justitie in beeld, met name het OM en politie.

Zorgaanbieder
De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het op orde hebben van de interne controle en administratieve organisatie, het voorkomen van fraude en oneigenlijk gebruik door de eigen medewerkers en het correct declareren van de juiste prestatie tegen het juiste tarief.

Zorgverzekeraar
De zorgverzekeraar stelt op basis van het wettelijk verzekerd pakket een polis op voor zijn verzekerden. De zorgverzekeraar controleert of de door de zorgaanbieder gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk is geleverd of de geleverde zorg was aangewezen. Als sprake is van onrechtmatigheid stelt de verzekeraar een onderzoek in om vast te stellen wat er precies aan de hand is en vordert waar nodig de onrechtmatig uitgekeerde gelden terug. Uiteraard heeft de zorgverzekeraar ook de verantwoordelijkheid om in zijn eigen bedrijfsprocessen maatregelen te treffen om oneigenlijk gebruik en fraude te voorkomen.

Zorgkantoor
De zorgkantoren vervullen een vergelijkbare rol als de zorgverzekeraars, voor de AWBZ. Specifiek besteden zorgkantoren aandacht aan het beschermen van kwetsbare cliënten tegen fraudeurs.

Zorgkantoren lopen budgethouders na en op grond van een risicoprofiel bezoeken zij 20% voor een huisbezoek. Het gaat om circa 30.000 huisbezoeken, waarvan circa 10.000 huisbezoeken dit jaar worden afgelegd en circa 20.000 huisbezoeken in 2014. Indien bij de huisbezoeken een vorm van fraude wordt geconstateerd is het mogelijk om de betaling voor het PGB te stoppen, kan er omzetting van PGB naar zorg in natura plaatsvinden, kan het zorgkantoor bezien of de middelen civiel- of bestuursrechtelijk terug te vorderen zijn en kan bezien worden of vervolging mogelijk is.

Gemeenten
Gemeenten zijn en blijven verantwoordelijk voor een adequate uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De gemeente beschikt over een ruime beleidsvrijheid om te bepalen op welke wijze hij daaraan invulling geeft binnen de gestelde kaders. Dit geldt ook voor de wijze van fraudebestrijding. Om de fraudebestendigheid te bevorderen is de regering voornemens om in de nieuwe Wmo gemeenten te verplichten om in de verordening aandacht te besteden aan de bestrijding van oneigenlijk gebruik en fraude.

CIZ
Het CIZ stelt vast welke zorgbehoefte de cliënt in de AWBZ heeft. Het zorgkantoor vervult de rol van zorgtoewijzer voor de AWBZ-zorg die in natura wordt geleverd (ZIN). Daarnaast maakt het zorgkantoor afspraken met de voor zorg geïndiceerde cliënt over de omvang en inzet van het PGB als de zorg met een PGB wordt ingekocht, en ziet toe op de juiste aanwending van deze middelen.

Fraudeteam PGB Inspectie SZW
Bij de Inspectie SZW is een aparte nieuwe eenheid ingericht om PGB fraude te vervolgen. Deze eenheid bestaat uit 22 fte frauderechercheurs. De eerste zaken zijn onder handen.

FIOD
De FIOD doet ook onderzoeken op het terrein van economische ordening, financiële integriteit en goederenbewegingen. Het gaat hier dan om zaken zoals faillissementsfraude, anti-witwaswetgeving en zorgfraude. Daarnaast draagt de FIOD bij aan de bestrijding van georganiseerde criminaliteit en terrorisme door geldstromen van criminele en terroristische organisaties in kaart te brengen.

Openbaar Ministerie
Het OM is de enige instantie in Nederland die verdachten voor de strafrechter kan brengen. Het OM zorgt ervoor dat strafbare feiten worden opgespoord en vervolgd. Daarvoor wordt samengewerkt met politie en andere opsporingsdiensten. De officier van justitie leidt het opsporingsonderzoek. Het OM heeft ook de taak om te zorgen dat het vonnis van de rechter wordt uitgevoerd; boetes moeten worden betaald, gevangenisstraffen uitgezeten en taakstraffen goed uitgevoerd. Samen met de rechters is het OM onderdeel van de rechterlijke macht.

Patiënt en cliënt
Last but not least zijn ook de patiënt en cliënt belangrijke schakels in de keten. Als partij die mogelijk fraude kan plegen maar ook als degene die fraude kan signaleren. Het verhogen van kostenbewustzijn van de mensen die de zorg ontvangen door het verstrekken van duidelijke informatie over de diagnose respectievelijk indicatie voor zorg, de daarbij horende behandeling en de kosten daarvan, kunnen enorm bijdragen aan het voorkomen van fraude en onrechtmatigheden. Het is vervolgens van belang dat zij goed geïnformeerd zijn over de bekostigingssystematiek en dat zij met hun signalen ergens terecht kunnen en vernemen wat daar mee wordt gedaan. In dit plan van aanpak wordt van preventie tot opsporing en strafrecht in de volgende paragrafen nadere aandacht besteed en wordt aangegeven welke maatregelen worden of zijn genomen, en welk doel er mee wordt beoogd.

VWS
VWS is verantwoordelijk voor (het functioneren van) het stelsel. VWS maakt de wet- en regelgeving en stelt de financiële kaders voor de zorg vast. Bij het ontwikkelen van die wetgeving dient meer dan tot nu toe de fraudebestendigheid een rol te spelen.

Regie VWS
Zoals in de oplegbrief reeds is opgemerkt, is het inmiddels steeds zichtbaarder dat het om een probleem gaat waarvan de exacte omvang onbekend maar waarover het vermoeden bestaat dat het van een substantiële omvang kan zijn. Door de voortdurende stijging van de zorgkosten wordt kritischer gekeken naar hoe effectief en doelmatig de middelen voor de zorg worden ingezet. Daarom heeft VWS de regierol op zich genomen om de aanpak van fraude te versnellen en partijen beter in de gelegenheid te stellen hun rol hierin stevig en effectief op te pakken. Dit komt tot uitdrukking in de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ) en de Stuurgroep Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces (IKCD).

De TIZ heeft in een convenant in februari 2013 vastgelegd de samenwerking op het terrein van zorgfraudebestrijding te gaan versterken. Negen partijen hebben het convenant ondertekend: de NZa, IGZ, Belastingdienst, FIOD, Inspectie SZW, OM, ZN, CIZ en VWS. De TIZ is een voortzetting van de regiegroep verbetering zorgfraudebestrijding die vanaf 2009 de diverse partijen bijeenbracht en de zorgfraudebestrijding verbeterde. Resultaten van die achterliggende periode zijn behalve het plan van aanpak PGB-fraude, tevens de instelling van een fraudeverzamelpunt bij de NZa, een stroomdiagram van wie wat doet met fraudesignalen en een informatiematrix wie welke informatie aan wie mag verstrekken, dan wel van wie mag ontvangen. Bij de afsluiting van het convenant in februari jongstleden is een beleidagenda vastgesteld waar de komende twee jaar aan gewerkt wordt (voor een beknopte beschrijving van deze onderwerpen zij verwezen naar paragraaf 5.1). De Stuurgroep Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces vloeit voort uit het project PInCet. In het conceptrapport van het project PInCet is inventarisatie van de huidige verantwoordelijkheden van de betrokken ZBO's en veldpartijen opgenomen, alsmede een beschrijving van diverse aspecten op het terrein van deze partijen die bijdragen aan een verbetering van het correct declareren en de controle. Voor een nadere beschrijving zij verwezen naar paragraaf 4.2.1.

3. Zorgbrede initiatieven

Dit hoofdstuk bevat een overzicht van de initiatieven die betrekking hebben op de hele sector, en dus niet specifiek op de langdurige of curatieve zorg betrekking hebben. Deze initiatieven zijn in de brief als speerpunt benoemd en worden in dit hoofdstuk nader uitgewerkt.

3.1.Verkenning opsporingsdienst voor de zorg

In de zorgsector is er van oudsher niet voor gekozen om een bijzondere opsporingsdienst in te richten, zoals dat voor vele andere fraudedomeinen wel het geval is. Opsporingsonderzoeken in de zorg vinden plaats door de FIOD en sinds 2012 ook door I-SZW op het terrein van PGB fraude. De keten van toezicht, handhaving en opsporing in de zorg kent veel verschillende partijen: zorgverzekeraars/zorgkantoren, de IGZ, de NZA, FIOD, I-SZW, de Belastingdienst en het OM. De partijen in het zorgveld werken hard aan maatregelen op het gebied van voorkomen van fraude, verbeteren van interne organisatie en registratie, correct declareren etc. Een verstevigde aanpak van fraude in de zorg roept ook de vraag op hoe de opsporing van fraude in de zorg kan worden verbeterd. Gelet op de omvang, complexiteit en verandersnelheid van de zorgsector zijn we van mening dat de opsporing versterkt dient te worden. Wij zullen de komende tijd samen met de Ministers van Financiën, Sociale Zaken en Werkgelegenheid, alsmede Veiligheid en Justitie

verkennen hoe deze versterking van de opsporingsfunctie voor de zorg vormgegeven kan worden. Bij de verkenning wordt het voorkómen van versnippering van de opsporingsfunctie als één van de uitgangspunten gehanteerd. Ook zal een business case van de voorgenomen uitbreiding worden gemaakt. Zodra deze verkenning gereed is, zullen wij uw Kamer nader informeren. Echter, om geen vertraging op te lopen zullen wij vooruitlopend op de resultaten van de verkenning, de opsporingscapaciteit bij één van de bestaande opsporingsdiensten vergroten, die zich ook op het terrein van de zorg begeeft, namelijk de I-SZW. Daar is al een bijzondere eenheid (22 fte) ingericht die zich voor VWS bezig houdt met het opsporen van fraude met persoonsgebonden budgetten (PGB). Er zijn bij de I-SZW al werkwijzen en bestaande contacten met de andere opsporingsdiensten en het OM ontwikkeld die voor een snelle start van de opsporingdienst voor de zorg kunnen worden benut. Wij hebben voor de aanpak van oneigenlijk gebruik en fraude in de zorg in 2014 € 5 miljoen en voor 2015 en verder € 10 miljoen gereserveerd.

3.2 Expertisecentrum Zorgfraude Bestrijding

De negen convenantpartijen richten gezamenlijk het Expertisecentrum Zorgfraude Bestrijding (EZB) in[1]. De start van het Expertisecentrum is, via een ingroeitraject, voorzien voor dit najaar en zal per 1 januari 2014 volledig operationeel zijn. Het Expertisecentrum krijgt een operationele functie en een strategische functie: er wordt gezamenlijk gewerkt aan de aanpak van meervoudige zorgfraudezaken en er wordt geanalyseerd waar de grootste risico´s op fraude zich voordoen. Wij stellen financiële middelen beschikbaar gedurende een proefperiode om te bezien of deze programmatische aanpak het verdient voortgezet te worden. De integrale samenwerking aan zorgfraudezaken moet leiden tot structurele verbetering van de samenwerking van de betrokken organisaties met een verbetering van de aanpak van zorgfraude (effectiever en efficiënter) tot gevolg. Een goed voorbeeld van een dergelijke aanpak is de EuroPsyche casus.

> In februari 2012 kwam de Stichting EuroPsyche in het nieuws vanwege haar declaratiegedrag en vanwege vraagtekens over de kwaliteit van de geleverde zorg. Verschillende zorgverzekeraars hebben, mede naar aanleiding van de berichtgeving in de media maar deels ook al daarvoor, grondig onderzoek ingesteld naar de werkwijze van deze zorgaanbieder en in afwachting van dat onderzoek het uitkeren van declaraties stopgezet. De rechter heeft de zorgverzekeraars hierin in het gelijk gesteld.
> Zowel de NZa als de IGZ heeft op verzoek van VWS een onderzoek ingesteld naar EuroPsyche. Beide toezichthouders brachten daarbij een aantal knelpunten in het stelsel aan het licht, voor de NZa gaven de uitkomsten aanleiding tot een vervolgonderzoek bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Tevens is de NZa op verzoek van de minister van VWS bezig de geldende publiekrechtelijke regelgeving over het declareren aan te scherpen en eenduidiger te maken, voor zover deze regelgeving onder haar verantwoordelijkheid valt. De IGZ is gevraagd om te adviseren over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ en het CVZ is gevraagd om te adviseren over de pakketaanspraken.

Om bovengenoemd doel te bereiken, krijgt de proeftuin twee functies, te weten een strategische en een operationele functie:

- *Strategische functie*
  Bij de strategische functie gaat het om het maken van analyses met het doel meer zicht te krijgen op waar de grootste risico's zitten en waar zorgfraude vooral speelt. De uitdaging is het zodanig koppelen van gegevens dat uit bestandsanalyse patronen duidelijk worden die een aanwijzing voor frauduleus handelen opleveren. In de zorg zijn diverse grote databestandsystemen beschikbaar (o.a. Vektis, DIS) die goed geschikt zijn voor datamining. Het is nog wel de vraag in hoeverre de eigenaren van deze data bereid en in staat zijn hun

[1] Dit initiatief vloeit voort uit de TIZ.

bestanden te delen, dat zal verderop in het proces duidelijk moeten worden. Binnen de strategische analysefunctie zal intelligence een belangrijke rol gaan spelen. Dit houdt in het verzamelen, verwerken en interpreteren van (digitale) gegevens voor het nemen van gefundeerde beslissingen. De gegevens zijn altijd feitelijk en kunnen zowel kwalitatief als kwantitatief zijn. Voorwaarde voor succesvolle intelligence is de beschikbaarheid van de diverse databases.

- *Operationele functie*
  Bij de operationele functie gaat het om het gezamenlijk aanpakken van meervoudige zorgfraudezaken in de gezondheidszorggebieden waaraan prioriteit is gegeven omdat zich daar de grootste risico's én verbeterkansen voordoen. Ook hier speelt de intelligence een belangrijke rol om de juiste zaken te selecteren en bij de geselecteerde zaken aanvullende informatie te verzamelen. De deelnemende organisaties zetten hier elk hun eigen handhavinginstrumenten of opsporingsmiddelen in, bijvoorbeeld de FIOD opsporingsonderzoeken, de IGZ inspectiebezoeken, de NZa bedrijfsbezoeken, de zorgverzekeraars materiële controles en fraudeonderzoeken.
  Belangrijke activiteit is het beoordelen en verrijken (opwerken) van reeds aanwezige en nieuwe signalen die de partners hebben ontvangen o.a. via het fraudeverzamelpunt van de NZa. Deze signalen worden in samenwerking met de deelnemende organisaties die daartoe het best zijn geëquipeerd, opgewerkt en doorgeleid om te gebruiken in het civiele, bestuurs-, tucht- of strafrecht. Dit opwerken zal gestructureerd gebeuren, zodat ook hier kennis ontwikkeld wordt voor de toekomst.

3.3. Aanscherpen van wet- en regelgeving ten behoeve van de aanpak van fraude in de zorg

3.3.1. Fraudetoets voor nieuwe regelgeving en bekostigingsystemen

Format fraudetoets
Nieuwe wet- en regelgeving zal op fraudegevoeligheid worden getoetst voordat deze wordt ingevoerd. Prioriteit ligt bij het ontwikkelen van een vast format en een eenduidige structuur die uiteindelijk op alle nieuwe wet- en regelgeving kan worden toegepast, zodat sprake is van een uniforme fraudetoets op relevante, vergelijkbare aspecten. [2]
Vooruitlopend op het vaste format van de fraudetoets zal de wet- en regelgeving inzake de hervorming langdurige zorg eveneens getoetst worden op fraudegevoeligheid. Het gaat daarbij om het wetsvoorstel Wet Maatschappelijke ondersteuning, het wetsvoorstel dat betrekking heeft op de langdurige intensieve zorg, de overheveling van de GGZ en de verpleging vanuit de AWBZ naar de WMO en de regelgeving die betrekking heeft op langer thuis wonen.

Fraudetoets bij substantiële wijzigingen in bekostigingsystemen
Omvangrijke wijzigingen in bekostigingssystemen worden voorafgaand aan de invoering getoetst op risico's voor oneigenlijk gebruik en fraude. De eerstvolgende wijziging in de bekostiging waarvoor een fraudetoets wordt uitgevoerd betreft de generalistische basis GGZ. Wij hebben de NZa verzocht deze fraudetoets uit te voeren. De NZa zal uiterlijk in oktober 2013 de uitkomsten bekend maken. De NZa is gevraagd om externe experts bij de fraudetoets te betrekken en om de volgende aspecten te betrekken bij de uitvoering:

- helderheid en controleerbaarheid regelgeving;
- mogelijke fraude risico's;
- beheersmaatregelen.

Daarnaast worden op korte termijn fraudetoetsen ontwikkeld voor huisartsenzorg en thuisverpleging.

[2] Ook dit initiatief vloeit voort uit de TIZ.

3.3.2. Aanscherpen regelgeving voor meer bevoegdheden en sanctiemogelijkheden

a) Verbetering Toezicht en Opsporing (VTO) Wet Marktordening Gezondheidszorg(WMG)

Waar nodig wordt wet- en regelgeving aangescherpt om partijen in de toezichtketen meer bevoegdheden te geven of meer sanctie instrumenten. Een belangrijk wetstraject betreft de VTO/WMG. De verwachting is dat het wetsvoorstel nog dit jaar naar de Tweede Kamer kan worden gestuurd. Dit wetsvoorstel voorziet onder andere in (betere) mogelijkheden voor de Nederlandse Zorgautoriteit om:

- ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders verplichtingen op te leggen met het oog op beter toezicht;
- verzekerden betere overzichten te laten krijgen over nota's, eigen risico en eigen betalingen;
- expliciet te bepalen welke gegevens noodzakelijk zijn voor de formele en materiële controle (diagnosegegevens en declaratie);
- bestuursrechtelijk op te treden tegen nota's voor niet geleverde zorg (spooknota's);
- aanwijzingen tot naleving openbaar te maken, ook als deze zijn opgevolgd;
- een last onder dwangsom op te leggen bij een weigering mee te werken aan een toezichtonderzoek van de zorgautoriteit;
- de mogelijkheid tot verzegeling in het kader van een toezichtonderzoek om daarmee bewijs veilig te stellen;
- gegevens uit te wisselen met de bijzondere opsporingsdiensten en andere bij fraudebestrijding betrokken overheidsinstanties en
- naast verantwoordelijke verzekeraars ook individuele zorgkantoren te kunnen aanspreken.

b) Medisch beroepsgeheim

Het medisch beroepsgeheim is een groot goed, waarmee de onbelemmerde toegang tot voorzieningen van gezondheidszorg wordt gewaarborgd. Het medisch beroepsgeheim gaat echter uit van de integriteit van de zorgaanbieder. Als er sprake is van een ernstig vermoeden dat er niet conform dit uitgangspunt is gehandeld kan datzelfde beroepsgeheim een belemmering vormen voor nader onderzoek van dat vermoeden. Om deze reden bereiden wij, samen met de ministers van SZW en V&J, de volgende wetswijzigingen voor:

- het verduidelijken van de aangifteplicht voor (medewerkers) van CIZ, CAK, zorgverzekeraars en zorgkantoren;
- het doorbreken van het medisch beroepsgeheim voor (medewerkers) CIZ, CAK, zorgverzekeraars en zorgkantoren, zodat bij aangifte ook de noodzakelijke (medische) gegevens aan het OM mogen worden verstrekt;
- het verschaffen van meer onderzoeksbevoegdheden aan het CIZ door aanpassing van Zorgindicatiebesluit;
- het verlenen van onherroepelijke toestemming door de verzekerde bij aanvraag van een indicatiebesluit en het verplichten van de zorgaanbieder om gegevens op verzoek van CIZ aan CIZ te leveren;
- het aanpassen van SZW-wetgeving om doorbreking van het medische beroepsgeheim mogelijk te maken bij een ernstig vermoeden van fraude met arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

In de beantwoording van de door uw Kamer gestelde vragen tijdens een schriftelijk overleg inzake de brief over het medisch beroepsgeheim (2013D08591) van 1 maart 2013 gaan wij hier nader op in. Deze brief wordt in september 2013 aan de Kamer toegezonden.

4. Maatregelen in de langdurige zorg en in de curatieve zorg

4.1 Maatregelen in de langdurige zorg

Uw Kamer is verschillende malen geïnformeerd over de aanpak van fraude in de AWBZ. Op 2 december 2012 ontving uw Kamer het plan van aanpak over extra maatregelen ter bestrijding van PGB-fraude[3]. Ook deze aanpak is ketenbreed. Dit betekent dat naast intensivering van de opsporing ook nog forser wordt ingezet op het voorkomen van fraude. Maatregelen uit dit plan die nu worden uitgevoerd zijn de inrichting van een unit bij de I-SZW om PGB-fraude te vervolgen en het afleggen van circa 30.000 huisbezoeken in 2013 en 2014 door de zorgkantoren bij budgethouders waarbij de kans op fraude (met name gepleegd door bemiddelingsbureaus) het grootst is. Zorgkantoren pakken deze huisbezoeken voortvarend op. De eerste indruk is dat circa 15-20% van de PGB-houders die bezocht zijn aanleiding geven tot vervolgactie. Daarbij kan gedacht worden aan te hoge indicaties die worden doorgegeven aan het CIZ of bureaus jeugdzorg of casussen die worden doorgeven aan de interne fraude unit van zorgverzekeraars of de I-SZW.

Bewust-keuze-gesprekken
Volgens de afspraak uit het Begrotingsakkoord is in het kader van een solide PGB in de PGB-regeling 2013 opgenomen dat mensen die in aanmerking willen komen voor een PGB hun medewerking moeten verlenen aan het voeren van een bewust-keuze-gesprek. Deze gesprekken zijn er op gericht om cliënten bewuster voor een PGB en de daarbij behorende verplichtingen te laten kiezen, te bezien of degene zich op zorg in natura heeft georiënteerd en om potentiële fraudeurs af te schrikken. Inmiddels zijn honderden van deze gesprekken gevoerd. De eerste signalen geven aan dat 10% tot 15% van de genodigden als gevolg van (een uitnodiging voor) een face-to-face gesprek afzien van een PGB en bijvoorbeeld naar passend aanbod in zorg in natura worden bemiddeld. Naast het bewust-keuze-gesprek zet het CIZ meer en meer in op face-to-face indicatiestelling, dat lijkt niet alleen meer passende indicaties op te leveren maar zorgt ook voor het afschrikken van bijvoorbeeld potentiële fraudeurs.

Toekomstige activiteiten
Op dit moment wordt hard gewerkt aan nieuwe maatregelen om fraude te bestrijden. Naar aanleiding van het debat op 23 mei jongstleden worden volgens afspraak in deze rapportage twee van deze maatregelen behandeld. Ten eerste wordt de stand van zaken van de invoer van trekkingsrechten geschetst. Ten tweede wordt als gevolg van de motie van het lid Van Dijk (PvdA) nr. 28 828, nr. 41 ingegaan op het onderzoek van CIZ naar upcoding. In de tweede voortgangsrapportage die in december 2013 naar de Tweede Kamer wordt gestuurd, worden de overige moties uit het debat van 23 juli behandeld. Ook wordt dan verder inzicht gegeven in de stand van zaken van de aanpak van PGB-fraude. Deze aanpak wordt de komende periode geëvalueerd met betrokken partijen die samenkomen in de regiegroep PGB fraudebestrijding. De regiegroep PGB fraudebestrijding bestaat uit de partijen die een verantwoordelijkheid hebben in de uitvoering van het fraudeplan (PerSaldo, VWS, CVZ, ZN, ISZW, NZA). Zij overzien de uitvoering van het plan, sturen waar nodig en bezien de leereffecten voor verdere beleidsvorming.

4.1.1. Stand van zaken trekkingsrechten PGB

In het plan van aanpak PGB fraude is aangegeven dat in 2014 trekkingsrechten voor PGB worden ingevoerd. Met trekkingsrechten wordt beoogd dat de budgethouder wel zeggenschap heeft over zijn budget, maar dat de feitelijke betalingen door de toekenner (zorgkantoren of met ingang van 2015 ook de gemeenten) van het budget worden gedaan.

[3] Kamerstuk 25 657, nr. 96.

De Sociale Verzekeringsbank (SVB) is om een uitvoeringstoets was gevraagd. Dit heeft ertoe geleid dat op 4 juli jongstleden door de SVB een zogenaamde roadmap aan het ministerie van VWS is aangeboden. Na gesprekken met verschillende betrokken partijen zijn op 1 augustus jongstleden door de SVB verschillende aanpassingen doorgevoerd in de roadmap. Die heeft ertoe geleid dat op basis daarvan de trekkingsrechten concreet gestalte kunnen krijgen. Het voornemen is dan ook dat het gehele traject wordt uitgevoerd door de SVB.

De roadmap voorziet in een gefaseerde invoering. Mogelijk kunnen nog dit jaar al de eerste budgethouders gebruik gaan maken van de trekkingsrechten. In de loop van 2014 zullen dan meer budgethouders 'instromen' zodat met ingang van 2015 alle budgethouders gebruik maken van de trekkingsrechten in het kader van de Wet voor Langdurig Intensieve Zorg en de WMO. In beide wetten zal hiertoe de borging worden opgenomen. De invoering van de trekkingsrechten is een complex traject waarbij veel partijen betrokken zijn. Ter begeleiding van de invoering van de trekkingsrechten is daarom een stuurgroep ingericht bestaande uit in elk geval: PerSaldo, SVB, CAK, ZN, VNG, CVZ en VWS. Deze partijen zijn het er over eens dat bij de invoering van trekkingsrechten de gebruikersvriendelijkheid voor de budgethouders en de mogelijkheden om fraude tegen te gaan en fraudeurs op te sporen van groot belang zijn.

4.1.2. Upcoding: onderzoek high trust, high penalty

Het beleid van indiceren door gemandateerde instellingen is gebaseerd op vertrouwen, juist daarom moet upcoding worden voorkomen en hard worden aangepakt. Om die reden zijn langs verschillende sporen acties in gang gezet om het systeem van toezicht en handhaving te verbeteren. Ten eerste is met het CIZ afgesproken dat onderzoek wordt verricht naar de omvang van upcoding door gemandateerde instellingen. Met hulp van een risicoprofiel zijn al 200 dossiers gevonden die nader onderzocht zullen worden. Ten tweede is met inzet van betrokken partijen en experts naar het huidige beleid van toezicht en handhaving bij gemandateerd indiceren gekeken. Vanwege verschillende juridische vraagstukken is het complex dit op korte termijn te verbeteren. Zo kunnen zorgkantoren bij een vermoeden van upcoding door een zorgaanbieder in formele zin geen bezwaar maken tegen een afgegeven indicatie. Toch is deze exercitie nodig omdat deze vorm van taakmandaat nog niet lang bestaat en het beleid van toezicht en handhaving –gebaseerd op 'high trust high penalty'- daardoor niet volledig is uitgekristalliseerd. Overigens heeft het CIZ een fraude-unit die niet alleen gemandateerde indicatiestelling maar ook reguliere aanvragen onder de loep neemt indien daar aanleiding voor is. Hierbij wordt samengewerkt met diverse opsporingsinstanties als I-SZW en het OM. De wijze van indiceren kan uiteraard in een ander perspectief komen te staan door de kabinetsvoornemens ten aanzien van de langdurige intensieve zorg.

4.2. Toezicht en handhaving bij gemandateerd indiceren

Het systeem van toezicht en handhaving bij gemandateerd indiceren bestaat uit drie onderdelen. Het gaat om: verzamelen, oordelen en interveniëren.

Verzamelen
Het CIZ controleert zorgaanbieders die indicaties afgeven. Eenvoudige, kortdurende indicaties worden achteraf gecontroleerd terwijl complexe, herindicaties vooraf worden beoordeeld. De indicatiemelding wordt steekproefsgewijs achteraf onderzocht. Vanwege de preventieve werking zullen zorgaanbieders via de reguliere communicatiekanalen van het CIZ worden geïnformeerd over steekproeven die gepland staan. Tot slot worden aanvragen van zorgaanbieders die vergelijkbare zorg leveren gemonitord en met elkaar vergeleken. Eventuele afwijkingen tussen aanbieders worden in kaart gebracht en geanalyseerd.

Oordelen
Zorgaanbieders worden op verschillende onderdelen beoordeeld. Voordat een zorgaanbieder überhaupt gemandateerd mag indiceren moet deze aan een aantal criteria voldoen. De zorgaanbieder moet hiervoor Zorg in Natura mogen leveren en dus een contract hebben met het zorgkantoor. Ook moet het een erkende instelling zijn voor het leveren van AWBZ-zorg. Indien de toetsresultaten daar aanleiding voor geven dan wordt verder onderzoek verricht. Om de beoordeling van aanbieders te verbeteren zal een gesprek tussen het CIZ en zorgkantoren worden geïnitieerd met als doel om informatie-uitwisseling te bevorderen. Zo kan een betere koppeling tussen zorgaanvraag en zorggebruik worden gerealiseerd.

Interveniëren
Het CIZ doet aangifte als er sterke vermoedens van fraude bestaan. Indien afwijkingen zijn geconstateerd dan wordt door het CIZ zelf ook op verschillende manieren geïntervenieerd. Goede en betrouwbare aanbieders worden beloond door het toetspercentage te laten dalen. Als zorgaanbieders daarentegen onvoldoende goed presteren op de toetsing, dan wordt het toetspercentage verhoogd. Het CIZ bespreekt dit met de zorgaanbieder inclusief de voorbeelden van wat niet goed gaat. Wanneer dit niet verbetert binnen 6 maanden dan neemt het CIZ de mandaat-rechten af zodat aanbieders niet langer kunnen indiceren. Cliënten worden dan ook ambtshalve geherïndiceerd. Voor deze situaties wordt onderzocht of er mogelijkheden bestaan om zorgaanbieders die oneigenlijk gebruik maken van het systeem een boete kunnen krijgen, bijvoorbeeld door afspraken te maken in het mandaatcontract. Daarnaast wordt bekeken of de kosten voor het CIZ van de herindicaties op de betreffende zorgaanbieder kunnen worden verhaald. Tot slot wordt in kaart gebracht of het publiceren indicatiecijfers mogelijk is zodat een systeem van 'naming and shaming' kan worden uitgewerkt.

4.2.1. Overheveling taken AWBZ naar Wmo

De overheveling van taken en verantwoordelijkheden vanuit de AWBZ naar de Wmo maken het tegengaan van oneigenlijk gebruik en fraude voor veel gemeenten in de toekomst nog relevanter. Door deze overheveling zal de potentiële doelgroep in de Wmo in de toekomst mogelijk groter en meer divers worden. Gemeentes zijn daarom gebaat bij een adequaat fraude-instrumentarium. VWS is samen met VNG, NZa, OM, IGZ en I-SZW een werkgroep gestart waarbij mogelijke risico's worden geïnventariseerd. Deze exercitie kan uiteindelijk (mits wenselijk) leiden tot een handreiking fraudebestrijding met nadrukkelijke aandacht voor handhaving en toezicht.

4.3 . Maatregelen in de curatieve zorg

4.3.1. Follow up PInCeT: plan van aanpak Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces

Het project PInCeT is medio 2011 onder regie van VWS van start gegaan, met als deelnemers het CVZ, de NZa, DBC-O, ZN, de NVZ, de NFU, de OMS en ZKN. Het doel van dit project was nagaan hoe controle en toezicht kunnen voorkomen dat declaraties voor ziekenhuiszorg die niet voldoen aan de wettelijke voorwaarden, toch worden vergoed. Het project PInCeT heeft tot medio 2012 diverse aandachtsgebieden en verbeterpunten opgeleverd. Deze aandachtsgebieden betreffen:
a) versterking aansluiting van de DBC-zorgproducten op het collectief verzekerd pakket,
b) verduidelijking van de (controle-) normen,
c) stimulansen gericht op het versterken van de controle van declaraties,
d) versterking van de aandacht van partijen in de zorgketen voor controlesystemen,
e) versterking van risicomanagement systemen bij partijen in de zorgketen en
f) voldoende capaciteit en samenwerking.

De diverse partijen hebben na het vaststellen van deze aandachtsgebieden niet stil gezeten en hebben hun rol de afgelopen jaren verder ontwikkeld en versterkt. Vanuit VWS zijn de gesprekken met ZBO's en veldpartijen voortgezet met als doel de controle op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet te verbeteren. Op deze wijze is na juni 2012 vervolg gegeven aan het project PInCeT. VWS heeft in de periode tussen juni 2013 en augustus 2013 samen met de partijen een plan van aanpak opgesteld voor de intensivering van de ketenaanpak om te komen tot een correct declaratieproces. Eerst is in kaart gebracht wat de partijen al doen en zullen gaan doen in de komende periode. Er zijn drie hoofdlijnen in de maatregelen die partijen zelf ontwikkelen of implementeren:

- verhelderen van regelgeving (verkleinen van het 'grijze gebied');
- bewustwording van besturen en medewerkers van aanbieders en verzekeraars met betrekking tot kosten van de zorg en het bevorderen van correct declareren;
- het op orde brengen van de administratieve organisatie en interne controle (AO/IC) van aanbieders, onder andere met als doel een eenduidig en transparant declaratieproces.

Ook is gekeken naar het doel van het voortzetten van het gezamenlijk overleg over dit onderwerp. Het overleg dient als vliegwiel om zaken die gezamenlijke actie vereisen (sneller) op te pakken, en om signalen te bespreken en te beleggen bij de meest verantwoordelijke partijen. De uitkomsten tot nu toe zijn vastgelegd in een gezamenlijk overeengekomen plan van aanpak dat u als bijlage 2 aantreft.

<u>Pilot van gegevensgericht naar systeemgericht controleren</u>
Deze pilot, waarbij NFU, NVZ en ZN betrokken zijn, wordt uitgevoerd door het Erasmus MC, het Bronovo ziekenhuis en enkele zorgverzekeraars. Deze pilot is erop gericht om voorop specifieke situaties toegesneden afspraken te maken over systeemgerichte controles. Doel is uiteindelijk minder gegevensgerichte (materiële) controles (achteraf) uit te voeren, als er zekerheid bestaat dat het administratieve systeem (vooraf) goed heeft gewerkt.

4.3.2. Controle op AGB-registraties

Naar aanleiding van recente berichten over vermeende zorgfraude met AGB-codes wil ik het volgende opmerken. Laat ik voorop stellen dat fraude met AGB-codes volstrekt onacceptabel is. Zorgverzekeraars Nederland bericht mij dat geen signalen van grootscheepse fraude op dit punt bekend zijn. Dit laat onverlet dat verbetermaatregelen mogelijk zijn om fraude met AGB-codes zoveel als mogelijk te voorkomen. Vooruitlopend op de uitkomsten van de risicoanalyse ggz, waarin fraude met AGB-codes zal worden meegenomen, gaat Vektis, de beheerder van de AGB-registratie, op korte termijn de bestanden periodiek controleren. Dit wordt mogelijk gemaakt door de gegevens in het AGB-register te koppelen met openbare bronbestanden zoals het KvK en het BIG-register. ZN, Vektis, CIBG en KvK hebben hiertoe begin 2013 een gezamenlijk project gestart, dat zich nu in een afrondende fase bevindt. De implementatie van het vernieuwde AGB start in november 2013. Deze koppelingen zorgen voor periodieke updates in het AGB-register. Hiermee wordt het register minder gevoelig voor fraude met AGB-codes

4.3.3. Doorontwikkeling bekostiging medisch specialistische zorg

Het invoeren van het project DOT is een belangrijke stap geweest in het verkrijgen van meer transparantie over de kosten van zorgverlening en daarmee het bestrijden van ongewenst declaratiegedrag. De medische herkenbaarheid van de prestaties is verhoogd en er is een betere representatie van de kosten. Met name de automatische afleiding van het DOT-zorgproduct uit de geregistreerde diagnose en uitgevoerde zorgactiviteiten is in dit kader relevant. Het voorkomt onduidelijkheid bij de keuze voor een zorgproduct. Het DOT-systeem is echter niet klaar, maar wordt continu verbeterd. Voor de komende tijd staan er verschillende trajecten op de 'doorontwikkelagenda DOT' die bijdragen aan het tegengaan van ongewenst gedrag. Zo is er een inventarisatie gedaan van onbedoelde prikkels en gewenste aanpassingen, zoals het

verduidelijken van definities en registratieregels. Ook doorontwikkelingen in de productstructuur zelf, zoals de invoering van ICD-10, een verbeterde zorgactiviteitentabel en betere producten voor complexe zorg met een hogere zorgzwaarte, zijn relevant. Door goede prestaties te ontwikkelen die aansluiten bij de werkvloer is er minder kans op fouten, minder ruimte voor ongewenst gedrag en meer transparantie, waardoor controles gemakkelijker zijn voor zowel het ziekenhuis als de zorgverzekeraar.

4.3.4. kostenbewustzijn van patiënten

Een beter inzicht in de kosten draagt bij aan zinnig en zuinig gebruik van zorg, en stelt patiënten beter in staat mogelijke onjuistheden in de declaraties, eigen risico en ingehouden eigen bijdragen te signaleren. De volgende maatregelen zijn genomen om het kostenbewustzijn van patiënten beter inzichtelijk te maken.

Inzichtelijke zorgnota medisch specialistische zorg
Achteraf inzicht in de kosten: Zorgverzekeraars gaan dit voor de medisch specialistische zorg doen door de terugkoppeling van de zorgkosten aan de verzekerde begrijpelijker te maken (goede consumentenvertaling) en uit te breiden (door het toevoegen van de relevante zorgactiviteiten). Ik heb hierover in het onderhandelaarresultaat MSZ 2014 tot en met 2017 afgesproken dat de zorgverzekeraars vanaf uiterlijk medio 2014 (als de eerste DOT-zorgproducten gedeclareerd gaan worden) in staat zijn de zorgnota uit te breiden met informatie over daadwerkelijk aan de verzekerde geleverde zorgactiviteiten. De NZa voert dit najaar een privacytoets uit om te borgen dat extra informatie-uitwisseling van gegevens (onderliggende zorgactiviteiten) tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aan de wetgeving voldoet. De motie Van der Staaij (29 689, nr. 457) in het VAO Zorgverzekeringswet over het belonen van verzekerden voor het melden van onjuiste declaraties wordt betrokken bij het plan van aanpak kostenbewustzijn.

Vooraf inzicht in de kosten: Bij veel zorgvragen is het vooraf niet mogelijk om een prijsopgave te geven. Ook het bieden van een prijsrange is vaak lastig, omdat de ernst van een klacht en de behandeling dikwijls gedurende het zorgtraject pas duidelijk wordt. Vage buikklachten kunnen bijvoorbeeld gedurende het zorgtraject onschuldig blijken, terwijl bij sommige patiënten sprake kan zijn van een tumor. Alleen voor behandelingen waar vooraf duidelijk is wat er aan de hand is kan wel een prijsopgave worden gegeven. Wij zijn met zorgaanbieders in gesprek om deze behandelingen in beeld te brengen. Het is van belang om ook inzicht te hebben in de zorgkosten zodat patiënt en medisch specialist gezamenlijk de juiste keuze kunnen maken op het gebied van kwaliteit én zorgkosten. Hierover zijn wij in gesprek met de Orde van medisch specialisten in het kader van de campagne 'verstandig kiezen'. Deze campagne is gericht op het ondersteunen van de arts en de patiënt bij het maken van een keuze voor een behandeling. Tot slot zijn wij met alle partijen gezamenlijk in gesprek over hoe het aspect kosten in het algemeen meer gecommuniceerd kan worden richting de patiënt. Bijvoorbeeld met goede brochures in de wachtkamer

De Tweede Kamer wordt per brief in het najaar van 2013 en in het voorjaar van 2014 geïnformeerd over de voortgang van de deelonderwerpen van 'kostenbewustzijn medisch specialistische zorg'.

Inzichtelijke factuur GGZ
Ook zijn er maatregelen genomen om de terugkoppeling van de kosten van GGZ-zorg te verbeteren. Met veldpartijen is overeengekomen dat de diagnose op de GGZ-factuur vermeld zal worden, waar dit nu nog niet het geval is. Het gaat dan ondermeer om de kortdurende dbc's in de gespecialiseerde GGZ, en om de producten in de generalistische basis GGZ. Dit onder voorbehoud van een privacytoets. Om de zorgproducten meer medisch inhoudelijke zeggingskracht te geven en de controleerbaarheid te verbeteren, wordt ook gewerkt aan het toevoegen van een

zorgvraagzwaarte indicator op de declaratie. Dit wordt gedaan in nauwe afstemming met het CBP. Daarnaast worden ook andere gegevens inzichtelijk gemaakt op de GGZ-factuur, waaronder gegevens over het hoofdbehandelaarschap en de verwijzer. De NZa heeft aangegeven dat in verband met de noodzakelijke privacytoetsing het uitbreiden van de diagnose-informatie op de factuur pas in 2015 kan plaatsvinden. Alle inspanningen zijn erop gericht om alle overige genoemde elementen in 2014 aan de factuur toe te voegen. In al deze trajecten zal expliciet aandacht worden besteed aan het 'vertalen' van deze gegevens, voor zover dat nodig en zinvol is, naar voor de patiënt begrijpelijke taal. Voor meer informatie verwijs ik u naar mijn brief over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ [1] en het onderhandelaarresultaat GGZ 2014-2017[2].

4.3.5. Informatiehuishouding, open data

Omdat de informatievoorziening zo'n belangrijke rol speelt in het stelsel is het verbeteren van de informatiehuishouding een van de speerpunten van het beleid en zijn verschillende verbetertrajecten in gang gezet. Een voortgangsbericht over de verbeteringen in de informatievoorziening over de zorguitgaven is begin juli aan u toegezonden.[4] Standaardisatie is daarbij essentieel.

Internationale standaard
Een inhoudelijke verbetering van de beschikbare informatie kan bereikt worden door de medische diagnose volgens de internationale standaard van de tiende revisie van de International Classification of Diseases (ICD-10) te koppelen aan de declaratie van het DBC-zorgproduct. Registratie volgens ICD-10 is voor zorgaanbieders ook noodzakelijk om de zorg te kunnen relateren aan (internationaal afgesproken) kwaliteitsindicatoren. De diagnose volgens de internationale ICD-10-standaard bevat meer medische informatie dan de diagnose die momenteel is opgenomen in de DBC, waardoor beter inzicht verkregen wordt in de kosten van de behandeling en verzekeraars hun materiële controles beter kunnen inrichten. De NZa is reeds verzocht om de koppeling van de diagnose volgens ICD-10 aan de declaratie per 2015 in de regelgeving op te nemen. Voor meer informatie verwijs ik u naar mijn brief van 4 juli 2013[5].

Verkleinen van moeilijk controleerbare gebieden.
Onzekerheid over kwaliteit van informatie (over bijvoorbeeld zorgprestaties, declaraties, kwaliteitsnormen, zorgverleners) is een van de oorzaken dat er grijze, moeilijk controleerbare gebieden zijn. Naarmate databestanden, gegevensstromen en systeemkoppelingen meer gestandaardiseerd en eenduidig ontsloten kunnen worden, nemen de mogelijkheden op frauduleus gebruik van de 'grijze tussenruimtes' structureel af. Via het Programma Informatiehuishouding op Orde (PrIO) verkent VWS duurzame oplossingen voor de informatievoorziening en beoogt bestaande veelal bilaterale informatiearrangementen te transformeren naar een solide informatiestelsel. De verbeteracties die hierin voorzien zullen over meerdere jaren volgehouden moeten worden. Het proces daartoe zal in samenspraak met het zorgveld nog dit jaar worden opgestart. Te maken afspraken betreffen onder meer een publiek geborgde regie en controle op cruciale elementen van een zorgbreed informatiestelsel, zoals het gebruik van standaarden (definities, gegevenswoordenboeken, informatiestandaarden), en informatieknooppunten en registraties. In het najaar 2013 worden de resultaten van PrIO aan de Kamer gemeld.

Open data
VWS onderzoekt bij NZa, IGZ, CVZ, CIZ, CAK, CIBG, RIVM, CBS, DHD, Vektis, DBC-Onderhoud welke data 'open' zijn of kunnen zijn. Een belangrijk punt van aandacht daarbij is de bescherming

[1] Hoofdbehandelaarschap in de GGZ (Kamerstuk 25 424, nr. 221), 2 juli 2013
[2] Onderhandelaarsresultaat GGZ 2014-2017, Bijlage bij Kamerstuk 29 247, nr. 257, 16 juli 2013.
[4] Eerste tussenrapportage verbetering informatievoorziening zorguitgaven, 4 juli 2013, kenmerk 127616-105951-FEZ.
[5] Kamerstuk 29 248, nr. 254

van privacy van burgers en de bescherming van concurrentiegevoelige gegevens van zorgaanbieders; het voorkomen van onthullingen is ingewikkelder naarmate meer bronnen 'open' worden. Het onderzoek zal eind augustus zijn afgerond waarna een plan van aanpak wordt opgesteld. De uitkomsten van het onderzoek en het plan van aanpak worden meegenomen in het PrIO programma.

4.3.6. Geïntensiveerd toezicht NZa in Ziekenhuizen en de GGZ

De NZa heeft haar toezicht op het terrein van correct declareren in ziekenhuizen en de GGZ geïntensiveerd. In de eerste plaats wordt de pakkans hoger. De NZa heeft bij diverse ziekenhuizen en GGZ instellingen invallen gedaan en onderzoeken ingesteld naar foutieve declaraties. Ziekenhuizen waarover de zorgautoriteit signalen van mogelijk onjuist declaratiegedrag heeft ontvangen, worden om opheldering gevraagd.
In de tweede plaats worden ook de verzekeraars aangesproken. Zorgverzekeraars moeten immers meer werk maken van het controleren van ziekenhuisrekeningen en GGZ declaraties.
De NZa kijkt, in de derde plaats, ook naar zichzelf. Als dat nodig is, verduidelijkt de NZa de eigen regels.
Ten slotte maakt de NZa meer werk van voorlichting en bewustwording. Er is een nieuwsbrief over correct declareren voor ziekenhuisbestuurders, artsen en anderen die werkzaam zijn in de zorg.

5. Overige onderwerpen

5.1 Agenda Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ): enkele initiatieven

Deze paragraaf bevat een aantal voorbeelden van initiatieven die onder regie van de TIZ worden uitgevoerd. Voor een uitputtende opsomming van de agenda van de TIZ zie bijlage 1.

Risicoanalyses op fraude
Onder regie van de TIZ worden risicoanalyses uitgevoerd voor verschillende zorgsectoren. Momenteel wordt aan analyses gewerkt voor de GGZ en de Medisch Specialistische Zorg (MSZ). Eerder is onder regie van de voorloper van de TIZ een risicoanalyse naar de AWBZ zorg in natura uitgevoerd. Hierover is de Kamer geïnformeerd in de stand van zaken brief toezeggingen VWS[6]. Conform de toezegging in het debat van 23 mei is deze analyse in bijlage 3 terug te vinden.

Voor de GGZ is de Argumentenfabriek is gevraagd de sector in kaart te brengen. De processen toegang, zorgverlening, financiering en toezicht in de GGZ worden zo meer inzichtelijk. Deze inzichtelijkheid wordt gebruikt bij het nagaan waar zich de grootste risico's op fraude voordoen. Voor de zomer heeft een bijeenkomst bij het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV) plaatsgevonden. Aan deze bijeenkomst namen deel: de NZa, de IGZ, zorgverzekeraars, het CVZ, de FIOD, het OM en VWS. In deze bijeenkomst is de lijst gedragingen besproken en geprioriteerd. In de komende periode worden een of meer risico's uitgediept en van mogelijke maatregelen voorzien met behulp van de zogenaamde 'tafel van elf methode' onder leiding van het CCV. De opgeleverde 'kaart' van de GGZ, de grootste risico's op fraude, de gevolgde procedure en de aanbevolen maatregelen worden samengevat in een eindrapportage die dit najaar aan de Kamer zal worden gezonden.

De Argumentenfabriek is ook gevraagd voor de Medisch Specialistische Zorg (msz) in kaart te brengen aan de hand van de processen toegang, zorgverlening, financiering en toezicht. Deze inzichtelijkheid wordt gebruikt bij het nagaan waar zich de grootste risico's op fraude voordoen. Een eerste conceptkaart van de msz is inmiddels opgeleverd.
Voor de zomer is een bijeenkomst bij het CCV geweest waarin de lijst met gedragingen is besproken en geprioriteerd. Aan deze bijeenkomst namen experts op het terrein van de msz deel

[6] Kamerstuk 33 400 XVI, nr. 15

vanuit de NZa, de IGZ, I-SZW, zorgverzekeraars, ZN, het CVZ, de FIOD, de Politieacademie en VWS. De komende periode worden ook hier een of meer risico's uitgediept en van mogelijke maatregelen voorzien met behulp van de zogenaamde 'tafel van elf methode' onder leiding van het CCV.
De opgeleverde 'kaart' van de msz, de gewogen grootste risico's op fraude, de gevolgde procedure en de aanbevolen maatregelen worden samengevat in een eindrapportage die in het najaar aan de Kamer zal worden gezonden.

Verbetering screening zorgaanbieders
Een essentiële stap in het verminderen van de fraudegevoeligheid van de zorgsector is een goede screening van zorgaanbieders. VWS is een werkgroep gestart met de IGZ, NZa en ZN.
Het doel van de werkgroep is te komen tot een model voor samenwerking bij het screenen van zorgaanbieders, waarmee zorgverzekeraars en ketenpartners (waaronder branche- en beroepsorganisaties) de kwaliteit en integriteit zo hoog mogelijk houden en fraude zoveel mogelijk voorkomen.

Adviespunt voor artsen
Wij stellen gedurende een proefperiode aan het Adviespunt professioneel financieel handelen van de KNMG subsidie beschikbaar. Dit Adviespunt ondersteunt artsen binnen hun professionele context bij het bevorderen van een integer gebruik van voor zorg bestemde gelden en reikt praktische handvatten ter bestrijding van zorgfraude aan.

Verbetering materiële controle en fraude onderzoeken
De NZa heeft geconcludeerd in de samenvattende rapporten over de uitvoering van zowel de AWBZ (2010), als de Zvw (2011) dat zorgverzekeraars en zorgkantoren meer werk moeten maken van materiële controles en fraudeonderzoeken. ZN stimuleert momenteel veranderingen en verbeteringen hiervan. Zo is ZN een programma gestart om branchebreed fraudecontroles te verbeteren via onder andere datamining en het delen van frauderisico´s bij bepaalde aandoeningen. ZN rapporteert de TIZ regelmatig over de stand van zaken en de resultaten.

Early warning cliëntorganisaties
Bij vijf cliëntenorganisaties zullen loketten worden ingericht om cliënten en hun vertegenwoordigers in staat te stellen laagdrempelig vermoedens van fraude te melden. Wij stellen subsidie beschikbaar om het melden van fraude te stimuleren en om de meldingen zodanig te verrijken dat ze gebruikt kunnen worden door de toezichthoudende en opsporende organisaties om de fraude aan te pakken. De vijf cliëntenorganisaties hebben inmiddels een project uitgewerkt wat invulling kan geven aan deze opdracht. De verwachting is dat het project dit najaar kan starten en dat in het najaar van 2014 beoordeeld kan worden of op deze wijze een succesvolle bijdrage aan de fraudebestrijding kan worden gegeven.

Bestuurders in de zorg
Het project bestuurders in de zorg staat onder leiding van de Belastingdienst. De Belastingdienst beziet in dit project of het mogelijk is een integriteitscan voor bestuurders van zorginstellingen te ontwikkelen. Vervolgens wordt bezien of en in hoeverre er een verband te leggen is tussen de integriteit van een zorgbestuurder en de mate waarin een organisatie zich al dan niet aan de regels houdt.

5.2 Fraude en de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)

Beroepsverbod frauderende beroepsbeoefenaren[7]
Aan de onderzoekers die de evaluatie van de Wet BIG uitvoeren is verzocht om in het onderzoek de vraag te betrekken of er mogelijkheden zijn onder bepaalde voorwaarden eerder een

[7] Motie 28828, nr. 38.

beroepsverbod op te leggen aan frauderende beroepsbeoefenaren. De evaluatie van de Wet BIG zal dit najaar aan de Kamer worden toegezonden.

Bewustwordingberoepsbeoefenaren van noodzaak van doelmatige zorg
In juni 2013 is verkennend overleg gevoerd met partijen die het onderwerp betaalbaarheid van de zorg en doelmatigheid in de opleiding tot medisch specialist gaan uitwerken. Er wordt gezocht naar aansluiting bij trajecten van ZONMW en bij CanBetter.
Om de doelmatigheid (efficiëntie en effectiviteit) van de zorg op verschillende niveaus te verbeteren (afdelingsniveau, instellingsniveau en/of maatschappelijk niveau) wordt het volgende voorgesteld:

- het ontwikkelen van criteria voor doelmatige zorg vanuit perspectief opleider, aios en patiënt;
- het bepalen van de mate van doelmatige zorg geleverd door de verschillende afdelingen van een instelling aan de hand van bovengenoemde criteria door middel van een beoordelingslijst;
- het doen van experimenten gericht op verbeteren doelmatige zorg aan de hand van bovenstaande criteria;
- het ontwikkelen van "best practices" doelmatige zorg;
- het implementeren van bovengenoemde criteria in de opleiding van artsen in opleiding tot specialist.

Het doel hiervan is om medische specialisten [in opleiding] bewust te maken van hun professionele verantwoordelijkheid ten aanzien van het thema "doelmatigheid van zorg".
Dit kan door de professional actief te betrekken bij het inrichten van werkprocessen en het leveren van zorg vanuit het perspectief "doelmatigheid". Daartoe is nodig dat er eerst een begrippenkader rondom het thema doelmatigheid wordt gedefinieerd dat past bij de context van de geleverde zorg. Wat is doelmatigheid voor de specialist, de aios en de patiënt. Hoe zijn deze perspectieven bij elkaar te brengen?
Op deze wijze ontstaat een begrippenkader rondom het thema doelmatigheid. Dit kan worden vertaald naar een beoordelingslijst "doelmatigheid van zorg". Hierdoor wordt doelmatigheid een transparant begrip waardoor sturing op efficiëntie en effectiviteit en dus op kwaliteit van zorg mogelijk wordt.

5.3 PVV meldingen fraude in de zorg

Tijdens het AO fraude in de zorg van 10 april 2013 heeft de PVV fractie aan de Minister van VWS 545 meldingen over fraude in de zorg aangeboden die bij het meldpunt van de PVV zijn ontvangen tussen 6 februari 2013 en 10 april 2013. De Minister heeft deze meldingen voor een nadere analyse overgedragen aan de NZa. De PVV meldingen zijn vergeleken met de meldingen die de NZa zelf heeft ontvangen over de periode van 1 januari 2012 tot en met 30 juni 2013. De NZa heeft inmiddels[8]) de uitkomsten van hun analyse gemeld:

- voor zowel de PVV meldingen als de NZa meldingen geldt dat het grootste aantal meldingen betrekking heeft op de medisch specialistische zorg, de geestelijke gezondheidszorg en de mondzorg. Dat is in lijn met de prioriteit die de NZa momenteel aan deze sectoren geeft.
- de PVV heeft meer meldingen ontvangen over huisartsen, apotheken en fysiotherapeuten dan de NZa. Met name op deze gebieden zal de NZa de meldingen van de PVV betrekken bij het stellen van de prioriteiten voor 2014.

[8] bij brief d.d. 30 augustus 2013, kenmerk 50330/65871

- ten opzichte van de meldingen die de NZa heeft ontvangen, heeft de PVV veel meldingen ontvangen over de AWBZ, met name over PGB en bemiddelingsbureaus. Een deel van het verschil in aantallen kan overigens worden verklaard door het feit dat meldingen over het PGB bij de Inspectie SZW terecht komen en niet bij de NZa.
- de overige meldingen bij de PVV over de AWBZ (natura, hulpmiddelen en thuiszorg) redelijk in lijn met de meldingen die de NZa ontvangt en op basis waarvan de prioritering van de NZa tot stand is gekomen.
- de meldingen die de PVV heeft overgedragen zijn anoniem: het betreft anonieme melders maar ook de partij waarover de melding wordt gedaan is anoniem. Voor de NZa meldingen geldt overigens vaak hetzelfde. Deze meldingen kunnen om deze reden niet leiden tot individuele onderzoeken maar ze zijn wel waardevol om een risico analyse mee te maken en om als input te dienen bij het bepalen van de prioriteiten van de NZa.

Bijlagen:
1. Stand van zaken september beleidsagenda Taskforce
2. Plan van aanpak Intensiveren Ketenaanpak Correct Declaratieproces (IKCD: follow-up PInCeT)
3. Risicoanalyse AWBZ zorg in natura